

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

radiologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

ie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

adresses Mails utiles

lamation : contact@mupras.com
e en charge : pec@mupras.com
ésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040464

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

1633

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Abdelmalek KANDRI Rady

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674.02.01.13 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

Eddi

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

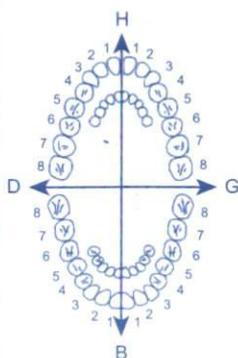
Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'IT

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
533412	21433552
000000	00000000
000000	00000000
533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
 DROITE 11 21 GAUCHE 22 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT BAS 31 32 33 48 47 46 45 44 43 42 41 30 39 31 38 32 37 33 36 34 35 35 34 36 33 37 32 38 31 39 30 40 29 41 28 42 27 43 26 44 25 45 24 46 23 47 22 48 21					
					Coefficient des travaux
					Montant des soins
					Début d'exécution
					Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
 DROITE 11 21 GAUCHE 22 12 22 13 23 14 24 15 25 16 26 17 27 18 28 HAUT BAS 31 32 33 48 47 46 45 44 43 42 41 30 39 31 38 32 37 33 36 34 35 35 34 36 33 37 32 38 31 39 30 40 29 41 28 42 27 43 26 44 25 45 24 46 23 47 22 48 21		H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
					Coefficient des travaux
					Montant des soins
					Date du devis
					Fin d'exécution

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0003517 MUPRAS		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 14 / 0003517

DATE DE DEPOT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme 1633	
Nom & Prénom KANDRI Rody Abdelmalek	
Fonction RETRAITE	Phones 0674020113
Mail abkandri@yahoo.fr	

MEDECIN

Prénom du patient KANDRI Rody ABDEL MALEK

Adhérent Conjoint Enfant Age 69 ans

Nature de la maladie

Glaucome | Scl

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		250,00

PHARMACIE Date 12-11-2019

Montant de la facture

716,10

Docteur Yasser BENSAÏD
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
22 Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél. 0522 23 42 92 - GSM: 0635 25 1

M&M PHARMA
PHARMACIE DES PRES
Parc Errachidia 1-15 - M.A.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX Date

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

Dr. Yasser BENSALAH



Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux

Ophthalmologiste

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agree pour le permis de conduire

الدكتور ياسر بن صالح

اختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

معتمد لرخصة القيادة

12 novembre
2019

KANDRI RODY Abdelmalek

PPV : 110 DH 70

PPV : 110 DH 70

PPV : 110 DH 70

110,70 X 3

XOLAMOL 20 / 5 MG / MG COLLYRE

1 GOUTTE MATIN ET SOIR , les deux yeux, 3 Mois

168,00

CATIONORN

PPC 148,00 DH

1 GOUTTE 3 FOIS PAR TOURS , les deux yeux, 3 Mois

86,00

HYE COLLYRE

PPC 86,00 DH

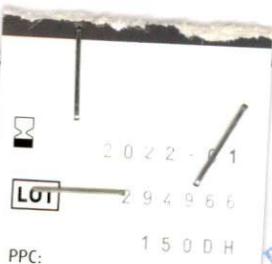
1 GOUTT LOT 541118 JOUR.

HYLOCOMOD

1 gt 3, les deux yeux, 1 Mois

716,10

M&Y PHARMA
PHARMACIE DES FAMILLES
Bac Errahma 11
Casablanca



Doctor Y
Spécialiste
et Chirurgie des Yeux
22, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca
Bureau N°12 - Casablanca - Tél. : 0522 23 42 92 - GSM : 0625 25 11 25
Signature: BENSALAH

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour - 1^{er} étage - Bureau N°12 - Casablanca

Tél. : 05 22 23 42 92 - GSM : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr

